

# DOMANDA DI RIDUZIONE QUOTA PER GENITORIALITA'

*Esente da bollo ai sensi del DPR 642/72 (Tabella Allegato B art. 5)*

Spett.le Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della provincia di Forlì-Cesena

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ iscritto/a all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI e/o all'ALBO  
ODONTOIATRI della provincia di Forlì-Cesena,

ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000 nr.445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 nr.445),

## DICHIARA

che in data \_\_\_\_\_ è diventato/a genitore di  
\_\_\_\_\_ e di essere l'unico genitore iscritto  
all'OMCeO Forlì-Cesena a presentare la domanda di riduzione quota per genitorialità.

## e pertanto CHIEDE

**che il Consiglio Direttivo riduca a carico della sottoscritta/o la quota ordinistica per il prossimo anno 2025 a € 23,00** (versamento annuale obbligatorio che l'Ordine deve effettuare per ogni iscritto alla Fnomceo)

*Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere stato informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE/2016/679) e di aver manifestato il consenso ai sensi dell'art. 7 del suddetto regolamento.*

Data, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

Si prega di allegare documento d'identità

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.